307

UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE PITIE SALPETRIERE

ANNEE 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par Frédéric TRAVERS
Né le 4 Décembre 1948 à Hénin-Lietard (Pas de Calais)

TITRE : PANNICULITES MESENTERIQUES

« A propos d'une Observation »

Président de Thèse : Monsieur G. VOURC'H (Professeur)

UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE PITIE SALPETRIERE

ANNEE 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par Frédéric TRAVERS
Né le 4 Décembre 1948 à Hénin-Lietard (Pas de Calais)

TITRE : PANNICULITES MESENTERIQUES

« A propos d'une Observation »

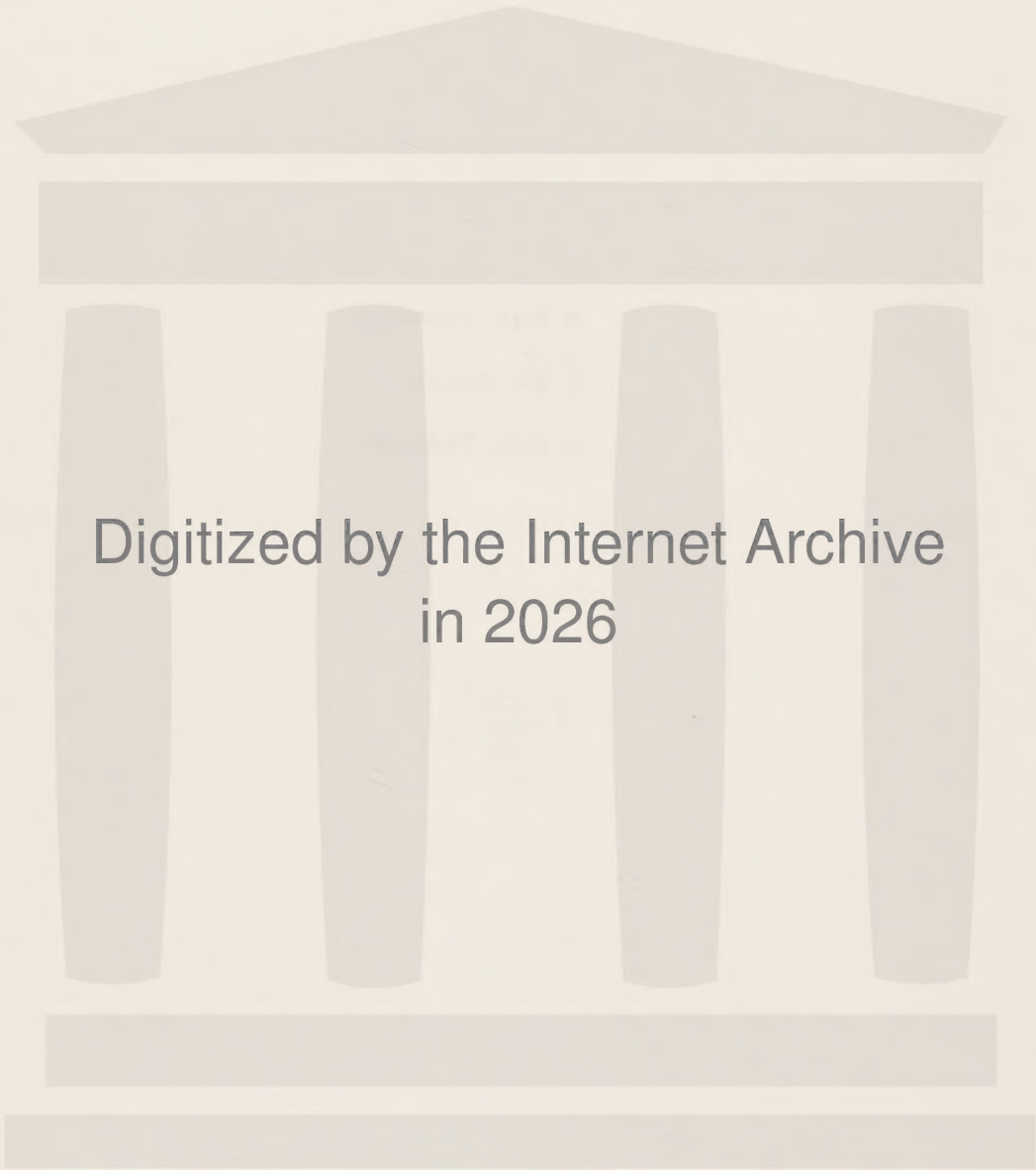
Président de Thèse : Monsieur G. VOURC'H (Professeur)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents

A ma soeur

A mes frères


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0038

A ma femme

A mes maîtres de stages hospitaliers :

Professeur SICARD

Professeur LEBEAU

Professeur CERNEA

Professeur DREYFUS

Professeur MERCADIER

A Monsieur le Professeur Guy VOURC'H

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse,
Qu'il trouve ici l'expression de ma
respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Georges NATHAN,

Assistant,

ex-Chef de Clinique,

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance pour l'aide importante qu'il a bien voulu m'apporter pour l'élaboration de cette thèse.

LES PANNICULITES MESENTERIQUES

"A propos d'une observation"

INTRODUCTION

Depuis 1920 (MAUCLAIRE , XXIII) et 1924 (JURA , VI) , un certain nombre de travaux ont attiré l'attention sur des lésions très particulières du mésentère .

L'une d'elles est caractérisée par une infiltration du tissu mésentérique par des masses graisseuses pseudo-lipomateuses , parfois pseudo-tumorales , respectant l'intestin grêle histologiquement. CRANE , AGUILAR et GRIMES (I) , en ont rapporté les premières observations.

Les termes pour la décrire sont très variés ; certains parlant de lipodystrophies du mésentère (XX) , de lipogranulomes (VIII) , de lipodystrophies isolées (I) , de panniculites mésentériques (III) , de lipomes diffus (II) ; d'autres la rattachant aux mésentérites rétractiles , voire à certaines fibroses rétropéritonéales (V et XV).

Le problème est en réalité double , tant sur le plan nosologique , que sur celui , non moins discuté et varié , de la pathogénie .

Seule , l'histologie semble pouvoir rallier tous les auteurs .

C'est à l'occasion d'une observation de panniculite mésentérique,pour reprendre le terme de Ogden en 1960(III), que nous nous proposons de faire une revue des principaux cas observés,d'étudier les nombreuses hypothèses pathogéniques émises, afin de tenter de dégager, d'une part une classification claire et précise des lésions, d'autre part certains facteurs favori-sant cette curieuse affection,s'ils existent.

C'est dans ce but que nous proposons:

-de faire l'historique des principaux cas avec les analyses des auteurs concernés,

-d'exposer ensuite notre observation,

-de discuter et de proposer une classification précise des lésions;

-enfin nous aborderons les problèmes nosologiques et pathogéniques.

-le traitement sera notre dernière étape.

I- L'historique

II-L'observation originale.

III-Présentation des différentes observations

IV- Discussion.

V- Problème nosologique.

VI-Problème étiologique et pathogénique.

VII-Traitement.

VIII-Conclusion.

I - HISTORIQUE

Pour la première fois , en Août 1955 , CRANE , AGUILAR et GRIMES (I) présentent cinq observations de "lipodystrophie isolée , forme de tumeur mésentérique" .

Malgré toutes les recherches dans les publications antérieures , aucune observation n'est retenue par les auteurs .

Ils insistent sur la nécessité de séparer , tant sur le plan anatomique que clinique , cette lipodystrophie mésentérique de la maladie de Whipple , de la maladie de Weber - Christian (IX §&X) , des lipogranulomes sclérosants , de la tuberculose mésentérique , et des nécroses graisseuses post traumatiques et d'origine pancréatique.

En Juillet 1958 , DELANNOY et SOOTS (II) exposent une observation.. Malgré leurs recherches , ils ne retrouvent que l'article de CRANE (I).

Pour eux , la symptomatologie fonctionnelle semble très discrète ; beaucoup de cas ont dû être méconnus.

Dès lors , les publications sont plus fréquentes .

En 1960 , OGDEN , BRADBURN et RIVES (III) publient leur rapport des 8 et 10 Décembre 1959 de Hotsprings (Virginie) . Six cas de "panniculite mésentérique" qu'ils considèrent , malgré leurs recherches comme les six premiers cas exposés . La discussion amène alors d'autres chirurgiens de l'assemblée à rapporter différentes observations personnelles , non publiées à l'époque.

Février 1961 ; ROGERS , DEMETRAKOPOULOS et HYAMS (IV) publient un cas de lipodystrophie isolée , touchant le mésentère , l'aire rétropéritonéale et le grêle .
Déjà rattachée en Juin 1960 à une maladie de Whipple atypique , ils reconsidèrent alors leur position , insistant sur l'aspect totalement différent du pronostic et de l'histologie de cette "lipodystrophie mésentérique".

Mai 1962 ; TEDESHI et BOTTA (V) rapportent deux observations et une constation de mésentérites rétractiles.
Pour eux , panniculites mésentériques et mésentérites rétractiles sont probablement une seule et même entité ayant deux évolutions différentes.

Février 1963 ; GROSSMANN , KAPLAN , PREUSS et HERRINGTON (VII) présentent quatre cas de panniculites mésentériques.
L'une d'elles avait été présentée en diagnostic préopératoire par le Dr. KAPLAN .
Ils pensent effectivement nécessaire de rapprocher leurs observations de celles de OGDEN (III).

Avril 1963 ; WEEKS , BLOCK , HATAWAY et RINALDO (VIII) rapportent deux cas de "lipogranulomes du mésentère" , préférant ce terme aux autres , afin d'éviter toute confusion avec les panniculites § WEBER - IX ; CHRISTIAN - X) et les mésentérites rétractiles (MAUCLAIRE - XXIII ; JURA - VI).

Juin 1965; Ogden,Bradburn et Rives (XI) font une revue de 27 cas publiés de panniculites mésentériques,ou retenues commes telles, comprenant les six cas déjà publiés en 1960(III). C'est à cette occasion qu'ils proposent une nomenclature, définissent les signes cliniques et paracliniques, ainsi que l'évolution et la thérapeutique éventuelle.
Ils préfèrent retenir le terme de panniculite mésentérique, par analogie histologique avec la maladie de Weber Christian(IX& X)

Novembre 1965 ; Handelsman et Shelley (XII) présentent huit nouveaux cas,dont la pathologie est beaucoup plus riche que précédemment.
Pour eux, la fibrose rétropéritonéale doit être probablement une forme fibreuse pure de la panniculite mésentérique.

Dés lors les publications sont variées:

Cabanne et Putelas (XII) en 1966 présentent deux observations de cytostéatonécroses mésentériques mortelles;

Soergel,et Hensley (XIV) la même année,signalent un cas particulier de panniculite mésentérique fatale,une étude minu--tieuse étant faite à cette occasion,confirmant les corrélations entre panniculites mésentériques et mésentérites rétractiles à 12 ans d'intervalle.

Leger, Roberti, Deloche de Noyelle et Lemaigre (XV) en 1967,à propos d'une observation,rattachent les panniculites

mésentériques aux fibroses rétropéritonéales,hypothèse de Handelsman (XII).

Juppé,(XVI),de Bordeaux,en 1967,à propos d'un cas exposé,écrit une thèse sur les lipodystrophies mésentériques avec adénoliposclérose rétropéritonéale,et propose un shéma évolutif de la réaction du tissu graisseux à l'agression.

Darmaillacq et Leger (XVII),rapportent en 1967, une observation récente, et une autre,antérieure(1964),qui semblent être des débuts évolutifs de la maladie.
Là aussi,un shéma évolutif proche de celui de W. Blanc(XVII) en 1951 et de Herman (VII) est proposé.

Paraf,Ménager et Texier,(XIX),en décembre 1968,publient l'observation d'adulte,et rapportent le cas d'un enfant de 14 ans, antérieur.
Pour ces auteurs,l'origine pancréatique de la maladie est probable.

Maillet (XX),la même année,propose le terme de lipo--dystrophie du mésentère.
Pour l'auteur,il faut séparer nettement lipodystrophie du mésentère et fibrosclérose rétropéritonéale.

Parneix,Laporte et Léger (XXI) présentent en 1970 une forme aiguë et fébrile de panniculite mésentérique où l'at--teinte du pédicule hépatique en fait une particularité anatomique.

Caubria et Cerf,(XXII),publient tout récemment un article où ils séparent nettement panniculites mésentériques et mésentérites rétractiles, mais avec la réserve d'une possibi--lité d'évolution de la panniculite mésentérique vers la mésentérite rétractile.

II - OBSERVATION

Nous nous proposons maintenant d'exposer le cas original récemment observé:

Monsieur F. , âgé de 53 ans, obèse, d'origine portugaise, entre dans le service du Professeur GUIVAR'CH (Hôpital Foch à Suresnes) le 2 Janvier 1975 pour une masse abdominale battante, périombilicale gauche isolée, d'origine inconnue.

Histoire de la maladie:

-il y a 28 ans, à l'occasion de troubles digestifs de type colitique, mal étiquetés, le patient remarque lui même une zone de battements siégeant au même niveau que la masse actuelle.

-depuis onze ans environ, il signale l'existence de petites douleurs abdominales, de temps à autre, surtout s'il s'appuie sur cette zone.

-en 1965, il a été hospitalisé à l'Hôpital de Montmorency pour investigations cliniques et paracliniques.
Il aurait été diagnostiqué à l'époque une gastrite, mais nous n'avons pas retrouvé de cmopte-rendu, ni la confirmation d'une étiologie précise.

-depuis deux ans:

-les douleurs sont plus précises:

-de siège épigastrique, elles irradient en ceinture, des deux côtés dans le dos,

d'une part,

dans la région rétrosternale,voire la base du cou,d'autre part.

-sans cause déclenchante,ni horaire fixe, sans corrélation avec lesrepas,l'effort ou la posture.

-sans troubles digestifs,hormis une tendance diarrhéïque

-sans altération de l'état général,sans fièvre

-C'est alors que la masse abdominale,maintenant palpable par le malade lui même,est découverte.

-Lors d'une augmentation des douleurs,malgré les traitements symptomatiques proposés,une exploration radiologique est effectuée: transit gesogastroduodénal
lavement baryté
urographie intraveineuse,

ne montrent qu'une légère compression interne des premier et deuxième duodénums.Mais le bulbe est toujours bien visible, souple, d'aspect normal.

A l'examen, la masse abdominale est battante mais non expansive,et l'on pratique en décembre 1974 une artériographie:"la masse est indépendante de l'aorte et la refoule vers la gauche"

L'hypothèse d'une masse mésentérique est alors émise et conduit à l'hospitalisation dans le service

Les antécédents familiaux n'apportent rien.

Dans le service du Professeur Guivar'ch (janvier 1975) on note à l'examen:

-un poids de 69,800 Kg pour une taille de I,60 m.

-une température de 36,3° C

-une tension artérielle de 13/9

-l'état cardiaque,pulmonaire,rénal,neurologique est normal. pas d'anomalies dans les aires ganglionnaires.

-l'abdomen est ballonné mais souple,et l'examen retrouve une masse arrondie paraombilicale gauche. Elle est battante ,mais non expansive,transmettant les battements aortiques.

A cette époque ,aucun trouble digestif n'est noté.

BIOLOGIE.

la plupart des examens sont normaux.

Seule l'électrophorèse des prpteïnes sanguines montre une tendance à l'hypoglobulinémie avec un rapport A/G= 1,20

NFS : 4590000 globules rouges

7500 globules blancs

78% polynucléaires neutrophiles

3% " éosinophiles

12% lymphocytes

7% mononucléaires

Une Fibroscopie gastroduodénale est réalisée.

Elle ne montre aucune anomalie dans les zones explorées .

Devant le contexte d'une tumeur paraombilicale gauche,sensible, battante,non expansive,isolée,augmentant régulièrement de volume depuis deux ans, et d'un cadre duodénal supérieur un peu refoulé, une laparotomie exploratrice est décidée le 21 janvier 1975 afin de ne pas méconnaitre une lésion tumorale maligne:

Compte rendu opératoire:

Dr. J Marquand,chirurgien

Service du Professeur Guivar'ch

"Diagnostic préopératoire:intervention exploratrice pour masse paraombilicale gauche palpable, trans--mettant lesbattements aortiques.

Médiane à cheval sur l'ombilic.

On constate que la masse est représentée par une lipoma--tose diffuse ,non clivable, de tout le mésentère, allant depuis la racine ,où existent de gros noyaux lipomateux trés fermes, jusqu'à 4 cm du bord mésen--térique.A sa partie moyenne,le mésentère est épais de 8 à 10 cm.Deux prélèvements sont faits sur les lipomes pour examen histologique.

L'éxérèse est impossible,car devant s'acoompagner d'une résection quasi totale du grêle.

Une biopsie du foie est effectuée; "

HISTOLOGIE:

Dr Barbagelatta

-biopsies de la masse:

"l'aspect réalisé est celui de lipome;le tissu prélevé

est constitué de grands et plus rares petits lipo-
-cytes normaux,lobulés par de fines cloisons conjonctives
porteuses de vaisseaux dilatés.
Présence de micro foyers hémorragiques peu nombreux.
Pas de signe de malignité.
La fibrose est un peu plus intense autour des veinules,
mais pauvre en cellules.
Quelques discrets aspects de lipophagie.
L'inflammation cellulaire est limitée aux voisinages de
la formation d'allure ganglionnaire. "

-biopsie du foie:

"stéatose modérée avec une certaine portite fibro-
inflammatoire."

Les suites opératoires sont simples à ce jour et le patient est suivi en consultation.

Hormis le déplacement aortique assez important,notre cas original ne présente pas de faits mouveaux certes,mais nous l'avons présenté au cours de cette revue car il est le type même de la panniculite mésentérique idiopathique,évoluant lentement sans complications majeures.

La masse abdominale est elle même l'argument clinique qui amène à l'intervention.Et si la pathogénie reste aujourd'hui controversée;devant le nombre croissant de découvertes fortuites, sans signes inflammatoires vrais, on peut se demander s'il est légitime d'invoquer le processus bien connu des réactions du tissu graisseux mésentérique aux agressions dans tous les cas?

III- PRESENTATION DES OBSERVATIONS PUBLIEES :

Nous avons colligé 47 observations publiées dans la littérature mondiale;les voici:

-CRANE ,AGUILAR et GRIMES (I) Août 1955

Cas N°1:femme de 55 ans,ayant depuis 8 ans des douleurs dorsales minimes;depuis 2 ans ces douleurs augmentent et sont plus bas situées.

Découverte d'une masse abdominale à l'examen.

Examens de laboratoire normaux.

Laparotomie exploratrice en Août 1953:"un processus tumoral important envahissant le mésentère fut découvert et biopsié."

Histologie:sans conclusion,la néoplasie ne pouvant être exclue.

Puis elle fut suivie en consultation:"au milieu de l'abdomen,une large masse de consistance ferme relativement immobile,mais transmettant les pulsations aortiques"

Une intervention à visée curative est alors décidée:

"à l'intervention ,la masse tumorale envahissant le mésentère,présentait des aires d'induration nodulaires;foie,pancréas,épiploon étaient normaux.La tumeur fut considérée comme maligne.

Une tentative de résection fut décidée.C'est ainsi qu'une grande longueur de grêle et le côlon droit furent réséqués,mais la tumeur ne pût être complètement excisée".

Les suites opératoires furent marquées seulement par des problèmes nutritionnels.

Cas N°2:homme de 71 ans,se plaignant depuis 1 mois de douleurs épigastriques.Un moeléna et une hématémèse peu avant l'admission,lors d'un épisode douloureux plus intense.
A l'intervention un lymphosarcome de l'estomac est découvert.Mais le mésentère présentait des masses tumorales nodulaires d'aspect proche du cas précédent; l'envahissement du mésentère est induré,atteignant par endroits 9cm;il est diffus,s'étendant trés prés du bord mésentérique du grêle,sans l'atteindre;
De coloration jaunâtre,la masse présente de nombreux nodules jaunes,brillants,et des plaques d'induration.

Cas N°3:femme de 48 ans,se plaignant de dysurie et de polyurie.
L'examen découvre une masse abdominale mal limitée; pas d'hypersensibilité,ni de symptomes gastro-intes--tinaux;les examens de laboratoire sont normaux; l'urographie intra veineuse est normale;
A l'intervention,le mésentére est épaissi et nodulaire, d'une couleur gris jaunâtre,opaque,mottelé,par endroits, orange brillant à d'autres,enrubané et femme.
Le grêle est normal,sans stase lymphatique ni adénopathies mésentériques;foie rate pancréas normaux.

Cas N°4 : homme de 60 ans - antécédents : infection de la main en 1936 ; amylose en 1942 avec ulcère de la petite courbure de l'estomac.

A la suite de l'aggravation de son état cardiaque , il meurt et une autopsie est réalisée :

"infarctus du myocarde ; amylose et ulcère de léstomac ; à noter , l'existence dans le mésentère épaissi et noduleux d'une grande quantité de tissu graisseux".

Cas N°5 : femme de 52 ans hospitalisée pour oedèmes ; outre une hypertension et un gros coeur , l'examen met en évidence une masse nodulaire abdominale , très dure , dans le quart supérieur droit ; la radiologie montre le siège para digestif de la masse ; elle est située à droite du bulbe duodénal.

Une laparotomie est prévue , mais son état cardiaque se décompense ; elle décède trois mois après ;

à l'autopsie : "fibrose endocardiaque , hypertrophie myocardique , épanchements liquidiens dans l'abdomen et les plèvres ; thrombus mural ventriculaire gauche, et thrombus organisé dans l'artère pulmonaire ; le mésentère présente un épaississement important avec de larges plages de nécrose graisseuse ; cette masse graisseuse jaunâtre mesure environ 8 cm d'épais--seur , et s'étend de la racine du mésentère jusqu'à une courte distance du bord mésentérique du grêle ; le reste des tissus adipeux est normal."

-DELANNOY et SOOTS (II) 1958

Cas N° 6:femme de 60 ans,présentant de vagues douleurs abdominales et une tumeur de la partie supérieure gauche de l'abdomen;antécédents de laparotomie à l'étranger, "où l'on avait enlevé de la graisse"!

Depuis 2 mois elle présente des gonflements épigastriques, des sensations lancinantes à la base de l'hémi-thorax gauche et des douleurs au niveau de l'épaule gauche;elle n'a pas maigri;

à l'examen on trouve une tumeur abdominale para ombilicale gauche,ferme,peu mobile;il n'y a pas de souffle;reste de l'examen et laboratoire normaux .

A l'intervention est retrouvée une masse adipeuse, jaune safran,siégeant dans le mésentère,épaisse de 3 cm sur 12 à 20 cm;cytostéatonécrose;résection partielle de la tumeur.

Histologie:tissu graisseux avec des travées conjonctivo-vasculaires;petits amas lymphocytaires et cyto-stéatonécrose.

Deux ans aprés elle ne souffre plus de l'abdomen on ne perçoit plus de tumeur palpable.

-OGDEN,BRADBURN,et RIVES (III) 1960

cas N°7:femme de 62 ans admise pour douleurs épigastriques intenses ,apparues depuis 12 heures;avec nausées, fièvre et vomissements;même épisode 2 ans auparavant;

Les examens radiographiques et de laboratoire sont sub-normaux(simplement 11.500 GB);

A l'examen clinique,pas de masse palpable,mais une défense avec hypersensibilité de l'épigastre.

A l'intervention,dans la région épigastrique,existe une masse nodulaire entre le bord supérieur du pancréas et l'axe colique;le mésentère est nettement épaissi, avec des plages rouge brunâtre,irrégulières.Le péritoine est adhérent dans les plages décolorées.

Biopsie;pas d'anomalies macroscopiques des autres viscères. Quelques douleurs dans lessuites .

Traitement:cortisone puis radiothérapie.

Cas N°8:(case 2) homme de 61 ans admis pour douleurs abdominales intermittentes depuis 2 mois 1/2;ces douleurs siègent dans le quadrant supérieur gauche ,augmentent la nuit, nécessitant des narcotiques;quelques nausées;quelques poussées fébriles durant les épisodes douloureux.

Antécédents:cholécystectomie,appendicectomie,et "attaque cardiaque"

L'examen retrouve une légère défense abdominale du quadrant supérieur gauche,une masse palpable de 8 sur 5 centimètres,arrondie,fixée à la gauche de la colonne, et sensible à la palpation.

Examens radiographiques et de laboratoires normaux .

Laparotomie:mésentère épaissi(10 fois la normale) par une masse lipomateuse présentant à gauche, des pseudopolypes;grêle normal;la région envahie est parsemée de taches brun rouge avec des zones de décoloration où le péritoine est particulièrement

adhérent ; pas de troubles vasculaires mésentériques ; Biopsie : inflammation chronique de la graisse mésenté--rique .
Les suites sont simples , la masse palpable antérieurement disparait .

Cas N°9 : (case 3) homme de 53 ans , admis pour des douleurs épigastriques à irradiations dorsales ; depuis deux mois , il avait ressenti plusieurs épisodes du même type , compatibles avec un calcul vésiculaire ou une pancréatite ; il lui semblait que les douleurs étaient provoquées par l'ingestion d'aliments lourds et gras .
Depuis 10 jours , les douleurs augmentent , il se plaint de quelques nausées , et présente une petite fièvre.
Pas de perte de poids ni de moeléna.
L'examen retrouve une masse abdominale légèrement sensible , fixe , indépendante des mouvements respiratoires.
Les explorations para cliniques découvrent une masse refoulant la face postérieure de l'estomac vers l'avant et étirant le bulbe duodénal , avec compression des 2ème et 3ème duodénums .
Intervention avec pour diagnostic préopératoire : kyste pancréatique . A la laparotomie , le mésentère est épaissi irrégulièrement et induré ; il présente quelques zones de décoloration et d'autres brun rougeâtre .
Péritoine adhérent et liquide chyleux entre les masses graisseuses ; distension vésiculaire mais pancréas normal. Quelques zones hémorragiques sur l'épiploon.

Biopsie : inflammation chronique mésentérique .

Suites opératoires simples , sans traitement spécifique; la masse , encore palpable , a nettement diminué de taille.

Cas N° 10 : (case 4) homme de 43 ans se plaignant depuis plusieurs dizaines de jours de fièvre,céphalées et douleurs diffuses généralisées;un peu d'anorexie pour les aliments lourds dont l'absorption entraine des vomissements .

Antécedents : imprégnation éthilique modérée .

L'examen découvre une masse abdominale supra ombilicale , arrondie , non sensible,un peu mobile avec la respiration

Les examens paracliniques sont normaux .

A l'intervention , on découvre , outre la masse inflammatoire dans le mésentère épaissi ayant perdu sa lobulation normale, un peu de liquide gras près des aires de décoloration ; le péritoine y est adhérent .

Biopsie : inflammation chronique du pannicule mésentérique.

Suites opératoires : pas de traitement spécifique ; disparition des symptomes; la masse persiste , mais ses dimensions sont plus faibles .

Cas N° 11 :(case 5) homme de 24 ans admis pour douleurs abdominales vives et nausées . Les douleurs semblent localisées au bas abdomen , surtout à droite ;quelques reptations coliques et 5 selles liquides peu avant l'admission .

A l'examen, on trouve une fièvre à 39°C ,un pouls à 124 ; une défense avec hypersensibilité du quadrant inférieur droit de l'abdomen , quelques mouvements péristaltiques , mais pas de masse . Laboratoire : 11400 GB.

Intervention pour appendicite aiguë:

ablation d'un appendice rétrocoecal inflammatoire; le mésentére présente une masse de 3cm d'épaisseur sur 8 et 6cm.Elle s'arrête à 6 cm du grêle.

Les axes vasculaires la traversent,mais ne semblent pas génés.La masse est brun rougeâtre avec quelques petites hémorragies superficielles;la lobulation normale a disparu et le péritoine est adhérent.

On retrouve deux masses similaires adjacentes à l'artère mésentérique supérieure.

Biopsie:inflammation chronique de la graisse mésentérique.

Les suites post opératoires sont simples.

Cas N°12: (case 6)compte rendu d'autopsie.patient atteint d'un syndrome de Martorell(OU maladie de Takayashu), décédé d'une bronchopneumopathie sévère;

La racine du mésentère est épaissie considérablement et indurée;sa surface est jaune avec des aires presque translucides;pancréas normal macroscopiquement et microscopiquement.

Histologie:inflammation chronique non spécifique,sans nécrose,des aires mésentériques.

Cas N°13: (case 7) femme de 54 ans présentant des douleurs à type de crampes abdominales basses avec nausées et vomissements;depuis 24 heures,rectorragies et vomis--sements;9heures avant l'admission,mouvements colitiques avec moelena et rectorragies;

Antécédents:vagues douleurs abdominales basses depuis

2 ans,avec perte de poids de 5 Kg,et intolérance aux aliments gras;

Examen:abdomen sensible,légèrement distendu et silencieux;

Radiographies:niveaux liquidiens et distension;

Intervention:volvulus du grêle,facilement réductible;

le grêle reprend vite une coloration normale;

le mésentère de l'intestin volvulé présente de multiples masses graisseuses avec des plages de décolorations et oedème;le péritoine est adhérent aux masses ;la lobu--lation normale a disparu.

Histologie:inflammation chronique du mésentère avec quelques éléments inflammatoires plus marqués par endroits et oedème.

Suites opératoires:iléus répondant bien au traitement; puis disparition des douleurs abdominales.

(à la suite de cet exposé par les auteurs,d'autres membres de l' assemblée rapportent les cas suivants:)

Cas N° 14: (Dr.Marschelliee) autopsie d'une fillette de 2 ans décédée des suites d'un ictère;Une curieuse panniculite envahit la racine du mésentère,la graisse périrénale et tous les tissus graisseux rétropéritonéaux.

Cas N°15: (Dr. Stafford) femme d'age moyen;symptomes de kyste pancréatique;l'intervention découvre une masse ressemblant à un lipome du mésentère,mais plus ferme à la coupe;pour l'histologiste,l'aspect rappelle un liposarcome.

Cas N°16:le Dr. Parson rapporte le cas d'une femme de 40 ans

opérée pour une masse abdominale dont la résection a été tentée;cette masse présentait un aspect trés proche des cas exposés par le Dr. Ogden.

Cas N°17: le Dr. W.Peete intervient 2 ans aprés un traumatisme abdominal,chez un patient suspecté d'un anévrysme de l'aorte abdominale;une masse mésentérique d'aspect trés proche de ceux précédemments décrits est retrouvée; L'histologie retrouve une nécrose graisseuse.

Cas N°18:le Dr. Rhoard"rapporte le souvenir d'une masse mésentérique indentique à celles décrites par les auteurs."

-Rogers,DemetraKopoulos et Hyamms (IV) 1961

Cas N°19: (case 1) homme de 41 ans,se plaignant depuis 8 jours de douleurs diffuses,abdominales irradiant dans les deux flancs;ces douleurs augmentent aprés l'ingestion d'aliments;la fièvre atteint 40°C;

L'examen trouve une hypersensibilité diffuse abdominale;

Les radiographies découvrent un rein double et 2 uretères à gauche,et un certain degré d'oedème du bulbe;

Les examens de laboratoire ne retrouvent qu'un test à l'acide gaïacolique perturbé,fortement positif, et une rétention de la B.S.P. à19,6 et 18,5 à deux examens successifs;

Pendant 9 jours, les douleurs augmentent et deviennent continues;la patient refuse toute alimentation et perd 9 Kg.

La température oscille entre 37°4 et 38°;

Puis lesdouleurs se précisent et siègent dans l'hypo-

-chondre gauche;l'intervention a lieu le 12 ème jour:
"on découvre un épaississement marqué du mésentère et de l'aire rétropéritonéale,formé de masses jaunâtres fermes ,confluentes,ressemblant à de la graisse;
De plus le mésentère est raccourci ,l'aire rétropéri--tonéale tellement épaissie que l'on ne peut retrouver l'origine des vaisseaux mésentériques;
dans le hîle de la rate,il y a une masse de nécrose graisseuse de 7 sur 5 et 3 cm, semblant infarcie.
Une résection partielle est réalisée;
Histologie: thrombus rouge dans une veine mésentérique ; la pièce présente des aspects de tissu graisseux avec quelques plages de nécrose;la graisse a un aspect normal et les masses mésentériques présentent des adipocytes avec quelques zones de tissu conjonctif vasculaire;on note de nombreux macrophages spumeux dans la sous muqueuse du grêle par ailleurs normal.
Suites opératoires:iléus prolongé qui cède finalement sous traitement;les test(B.S.P. et test à l'acide gaïacolique) se normalisent;

-Tedeshi et Botta (v) 1962

Cas N°20: (case 1) femme de 71 ans se plaignant de douleurs du quadrant supérieur gauche de l'abdomen depuis 1 mois;
Antécédents:diagnostic de cancer du sigmoïde 4 ans auparavant;
Intervention:la tumeur suspectée n'est pas retrouvée;
par contre la racine du mésentère est épaissie,indurée,

présentant une surface irrégulière avec des plages de décoloration gris pâle.

Biopsie : tissu conjonctif avec fibrose , dépôts calcaires, collections de lymphocytes et de plasmocytes .

A l'examen , les auteurs retrouvent une masse abdominale siégeant dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen ; les examens de laboratoire sont normaux , mais le lavement baryté découvre un refoulement du côlon transverse ;

"A l'intervention , on retrouve une altération similaire de la racine du mésentère ; mais en outre , le mésentère est épais de 5 cm , avec des aires de fibrose , s'étendant de la racine à une courte distance de l'intestin".

Histologie : fibrose mésentérique avec tissu collagène entre les cellules graisseuses , avec présence de quelques fibroblastes et lymphocytes . Un peu partout , les aires graisseuses sont remplacées par un tissu collagène acellulaire , avec peu de lymphocytes et des macrophages chargés de lipides ".

Un peu moins de un an après , les suites sont très bonnes .

Cas N°21 : (case 2)

homme de 67 ans , souffrant depuis deux semaines de douleurs dorsales irradiant dans les aisnes , la région périombilicale , avec des selles sanglantes ;

à l'âge de 24 ans , il avait souffert d'une dysentérie probablement amibienne;

L'examen physique est négatif ; le laboratoire découvre 13000 GB dont 95% de neutrophiles à la numération globulaire, et les radiographies , une dilatation de la partie droite du grêle .

A l'intervention ;"on retrouve une obstruction partielle du grêle avec torsion de la dernière anse ; à sa racine , le mésentère est particulièrement épaissi et induré , avec des masses graisseuses nodulaires de coloration laiteuse et parsemé de ponctuations ; des altérations similaires existent dans le mésosigmoïde ".

Histologie : remplacement du tissu adipeux par du tissu collagène dense à certains endroits , plus lâche à d'autres avec un certain degré d'infiltration cellulaire .

Suites : 5 mois après , le patient se porte bien et ne présente pas de symptomes abdominaux .

Cas N°22 : (case 3)

femme de 77 ans décédée d'une pneumonie à staphylocoques A l'autopsie , le mésosigmoïde est épaissi , enserrant le côlon correspondant ; ce méso est de coloration gris jaunâtre , avec des masses fermes .

Histologie : fibrose importante avec quelques dépôts calcaires , des lymphocytes et des macrophages chargés de lipides .

- GROSSMAN , KAPLAN , PREUSS et HERRINGTON (VII) 1963

Cas N°23 : (case 1)

homme de 65 ans ; en 1959 , il présente depuis 3 mois

des épisodes de nausées chroniques avec douleurs épigastriques , vomissements et anorexie modérée .
Antécédents de thrombose coronaire (53 & 57)et de destruction thyroïdienne par l'iode radioactif .
Lors de la première admission , l'examen découvre un gros foie palpable et une hypersensibilité de tout l'abdomen ; les radiographies montrent une éventration diaphragmatique avec interposition du côlon entre le foie et le diaphragme.
Lors de la seconde admission pour dysurie d'origine prostatique , l'hypersensibilité persiste , de même que les anomalies radiographiques ;
l'intervention , outre un certain degré de périsplénite , découvre un épaississement de toute la racine du mésentère , avec un tissu inflammatoire épais , lobulé et induré ; de plus , le mésentère présente des nodules lymphoïdes de 15 sur 15 cm ; le péritoine est épaissi et adhérent ; cette masse est de couleur brun rougeâtre , avec des aires de nécrose .
Histologie : larges aires de nécrose graisseuse avec cellules d'inflammation chronique et des cellules géantes remplies d'aires ressemblant à du cholestérol .
Les suites opératoires , 3 ans ½ après , sont excellentes .

Cas N°24 : (case 2)

homme de 48 ans souffrant de quelques douleurs de la partie inférieure droite de l'abdomen avec épisodes diarrhéïques , mais sans fièvre , ni perte de poids.

L'examen montre une légère sensibilité du quadrant inférieur droit de l'abdomen ;

la radiographie montre une légère distension de la paroi jéjunale sur 50 cm ; la racine du mésentère est le siège d'une masse nodulaire de 12 sur 15 cm , brun rougeâtre , ressemblant à de la graisse nécrosée , avec un péritoine très adhérent ; le pancréas est normal et le grêle non envahi .

Biopsie : à l'histologie , la pièce présente une nécrose graisseuse en plages sans infiltration cellulaire nette .

Les suites sont simples 18 mois après .

Cas N°25 : (case 3) homme de 56 ans ; douleurs abdominales généralisées ayant débuté trois mois auparavant ; une masse est palpable dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen ; cette masse est sensible à la palpation mais les autres viscères abdominaux semblent normaux à l'examen clinique; fièvre continue à 38°5 C

Laboratoire : 11500 GB

Laparotomie : l'épiploon est épaissi de 5 à 6 cm et très adhérent au grêle , avec , en surface des signes d'inflamma-tion et de sclérose ; présence de 2500 cc de liquide séreux dans la cavité abdominale .

Histologie : inflammation et nécrose graisseuse de l'épiploon

Suites opératoires marquées par un peu de fièvre ;

mort subite un an plus tard ; l'autopsie est refusée par les proches et la cause du décès , inconnue .

Cas N°26: (case 4)

femme de 63 ans; découverte d'une masse abdominale qui amène à l'hospitaliser;elle ne présente aucun trouble;
Antécédents:cholécystectomie et salpingectomie avec ovariectomie bilatérale (abcès tubaire);
Examen:masse abdominale siégeant dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen,insensible et molle,aux contours mal définis.
Examens de laboratoire normaux;diverticules sigmoïdiens;
Laparotomie:masse de 12 sur 14 cm de la base du mésentère irrégulière et nodulaire,ressemblant à de la graisse nécrosée;mis à part une dilatation lymphatique dans les territoires correspondants,le reste de l'abdomenest normal y compris le grêle.
Histologie:inflammation et nécrose graisseuse.
Les suites opératoires sont trés bonnes.

-Weeks,Block,Hathaway et Rinaldo (VIII) 1963

Cas N°27: (first patient)

homme de 44 ans présentant depuis 8 jours des crampes périombilicales avec vomissements et nausées.
Antécédents:rupture splénique traumatique et grand mal épileptique traité par le dihydan.
Examen:pas de masse palpable,mais une hypersensibilité du quadrant supérieur droit de l'abdomen.
Radiographies:calculs vésiculaires et déplacement du grêle par une masse médiane.
Laparotomie:petits nodules bleus et rouges sur la sur-

-face du péritoine;masse de 10 cm de diamètre envahissant la racine du mésentère avec d'autre masses mésentériques satellites plus petites;le péritoine est trés adhérent.
Biopsie:graisse nécrotique,cellules spumeuses,lympho--cytes et plasmocytes;présence de quelques macrophages et de quelques nodules lymphoïdes ;
par ailleurs,cholécystite chronique ;
Les suites opératoires sont marquées par quelques migraines avec crampes abdominales disparaissant ul--térieurement;pas de masse palpable.

Cas N°28: (second patient)

homme de 55 ans;depuis 5 mois, perte de poids de 17 Kg avec quelques vomissements;
A l'examen:masse palpable,dure,mobile,de 10cm de diamètre,à gauche de l'ombilic;
Radiographies:dilatation de l'estomac avec une obstruction quasi totale distale de l'organe.
Intervention:

-lésion annulaire de l'antre de l'estomac;gastrectomie partielle;microscope:adénocarcineme .
-la masse palpable est en fait un considérable épai--ssissement de la graisse du mésentère,semblant plus importante à la racine;La surface est mottelée avec des aires sombres et jaunes de décoloration.
histologie:graisse ferme avec péritoine adhérent; présence de cellules spumeuses et d'un certain degré d'inflammation cellulaire.

-Ogden,Bradburn et Rives (XI) 1965

Cas N° 29 et 30

Aprés une revue de 27 cas publiés aux Etats Unis, les auteurs signalent la découverte d'une panniculite mésentérique chez un malade porteur d'un réticulosarcome, d'une part, et d'autre part font état des suites opé--ratoires excellentes avec régresion de la tumeur sous traitement conjugué:corticithérapie,puis radiothérapie, chez un autre patient.

-Handelsmann,et Shelley 5(XII) 1965

Cas N°31: (case 1)

Homme ayant des antécédents pulmonaires;il présente de vagues "sensations d'inconfort digestif";puis il découvre la tumeur dans le quadrant supérieur gauche de l' abdomen;cette masse augmente progressivement de taille, mais est immobile.

En dehors de cette masse,et d'un certain degré de dis--tension abdominale,le reste de l'examen est normal.

Laparotomie:tumeur de 6 cm de diamètre dans la région du promontoire et la racine du mésentère;cette masse est dure,globuleuse,fixée;le grêle et le coecum lui adhèrent; le sigmoïde la traverse et l'uretère y disparait.

Histologie:masse de tissu fibreux avec des espaces graisseux,quelques lymphocytes et macrophages.

Les suites opératoires abdominales montrent la diminution du diamètre de la tumeur de façon progressive.

Cas N°32: (case 2)

femme de 82 ans,arrivée dans le coma pour infarctus du myocarde et oedème pulmonaire,avec acido-cétose diabétique;elle se plaignait auparavant de vagues douleurs abdominales;les radiographies de l'estomac et de la vésicule étaient normales.

Post mortem,une masse de 6 sur 8 cm ,ferme,est découverte dans le mésentère;elle présente une nécrose graisseuse avec de plus fibrose,vacuoles et cellules inflammatoires.

Cas N°33: (case 3)

femme de 54 ans admise pour diarrhées persistantes depuis 1an ½;elle avait 6 à 8 selles par jour,molles mais sans mucus ni sang;lors d'un épisode antérieur douloureux, il avait été suspecté l'existence de calculs vésiculaires.

Un mois avant son admission,il fut découvert une masse dans la région para ombilicale gauche,ferme,profonde de 7cm de diamètre,et nettement sensible.

Intervention:Masse arrondie de 8 cm de diamètre,ferme, proche des vaisseaux mésentériques;pancréas et vésicule normaux.

Biopsie:éléments inflammatoires et cicatriciels.

Post-opératoire:persistance quelques temps de la diarrhée.

Cas N°34: (case 4)

femme de 58 ans,se plaignant de flatulences,nausées,depuis un an;4 ans auparavant,épisode douloureux spasmodique de l'estomac avec nausées,vomissements et fièvre.

Une intervention est réalisée à cette époque:
cholécystectomie pour calculs;l'exploration de la cavité abdominale ne révèle rien d'anormal.
Réintervention pour persistance de la distension abdominale:"le mésentère est épaissi,de 7 à 10 cm;
la surface présente un aspect pseudo polypoïde;
à la coupe l'aspect est celui d'un tissu graisseux et fibreux;
Histologie:nécrose graisseuse ancienne,oedème et inflam-
-mation chronique;présence de cellules spumeuses;
les douleurs persistant,une réintervention est à nouveau décidée:une fois de plus la masse est retrouvée dans le mésentère;une pancréatite chronique étant probable,
il est réalisé une sphinctérotomie transduodénale.
Post-opératoire:diminution progressive des symptomes et de la masse palpable,mais trés lentement.

Cas N°35: (case 5)

femme de 67 ans,admise pour douleurs des hypochondres droit et gauche;
Antécédents:appendicectomie,cholécystectomie,ablation d'adhérences,hystérectomie.
Cette douleur est sévère,mais sans irradiations,ni nausées, ni fièvre,mais avec anorexie;
Examen:obésité,douleur provoquée dans les 2 hypochondres, masse palpable épigastrique gauche;les examens complé-
-mentaires ne révèlent pas d'anomalies.
Intervention:une tumeur jaunâtre nodulaire occupe la

racine du mésentère ; dimensions : 12 sur 15 cm et au moins 8 cm d'épaisseur ; elle ressemble macroscopiquement à un lipome ; le reste de la laparotomie ne révèle rien d'anormal

Histologie : lobules graisseux , inflammation , nécrose avec activité lipophagique intense .

Suites opératoires : iléus sévère ; un an après , la patiente ne se plaint que de quelques douleurs minimes .

Cas N°36 :

homme de 50 ans se plaignant de douleurs abdominales basses ; deux semaines auparavant , à noter un épisode douloureux lombaire sans notion de traumatisme .

Cette douleur s'accompagne d'une sensation de fatigue des membres inférieurs ; effectivement on retrouve une dilatation veineuse surtout à droite et au niveau de l'abdomen . Il présente une fièvre : 38°3 à 38°9C .

Les examens de laboratoire sont normaux , mais les radiographies montrent la présence d'une masse occupant l'espace rétropéritonéal .

Intervention : masse comprimant la veine cave dans l'aire rétropéritonéale droite ; cette masse occupe la racine du mésentère , qui est considérablement épaissie (6à 8 cm) L'uretère droit est respecté et peut être séparé de la masse

Histologie : inflammation très modérée ; peu de cellules spumeuses et peu de nècrose .

Suites opératoires : la fièvre chute progressivement , mais les troubles veineux persistent .

Cas N° 37: (case 7)

femme de 28 ans;intervention pour vives douleurs du quadrant inférieur droit de l'abdomen,1 semaine aprés la naissance de son enfant.Deux mois auparavant,douleur violente abdominale droite,avec vomissements bilieux, fièvre;une masse du flanc droit est découverte aprés la naissance du bébé,et l'intervention est décidée, pour abcés appendiculaire probable;(17000 GB).
Intervention:masse dure s'étendant du pôle inférieur du rein droit jusqu'à la crête iliaque; section:inflam--mation chronique avec fibrose organisée et de nombreux germes(cocci gram positif);directement en contact avec l'ovaire,la masse entoure l'uretère qui peut être individualisé.Un peu de tissu nécrotique prés du rein.
Suites opératoire:fébricule;2ans aprés, il persiste un empâtement dans le flanc droit.

Cas N° 38: (case 8)

homme de 68 ans;découverte d'une tumeur abdominale lors d'un examen de routine;antécédents:ostéomyélite du fémur droit.
Quelques "aigreurs d'estomac" et une constipation occasionnelle;
Examen:masse fixe et profonde du quadrant supérieur gauche,semblant dépendante du rein gauche;les examens paracliniques et radiographiques sont normaux;

Intervention : masse lipomateuse dans la racine du mésentère de 10 cm de diamètre ; ressemble à de la graisse semi-nécrotique .

Histologie : nécrose graisseuse , inflammation chronique avec fibrose , cellules spumeuses et quelques nodules lymphoïdes .

Suites opératoires simples .

- CABANNE , PUTELAT , PIARD et RIFLE (XIII) 1966

Cas N° 39 : (observation N°1)

homme de 67 ans ayant des crises douloureuses de type subocclusif évoluant depuis 11 mois chez un sujet éthilique sans passé pathologique ; décès dans un tableau de cachexie avec ascite et troubles métaboliques intenses ; l'autopsie ne fait que découvrir des lésions de stéatonécrose péritonéales , mésentériques et épiploïques .

Cas N° 40 : (observation N°2)

homme de 54 ans ; cytostéatonécrose mésentérique et péritonéale évoluant par poussées depuis 3 ans , avec fièvre et cachexie ;

hépatomégalie avec ictère .

1ère intervention en Avril 1963 : taches de bougie dans le mésentère avec surtout des masses nombreuses de taille variable , comme un poing au maximum ; ces masses siègent dans la racine du mésentère ; le pancréas est normal .

Histologie : cytostéatonécrose .

2ème intervention en Octobre 1963 ;même aspect sans les taches de bougie ; histologies identiques ; puis la masse abdominale diminue sous traitement de delta-cortisone .

3ème phase : Mai 1964 : troubles de l'état général , fébricule , amaigrissement qui s'améliorent à la reprise du traitement .

4ème phase : Juillet à Octobre 1965 : ictère de type rétention-nel avec troubles de la crase sanguine ; la laparoscopie est suivie d'une laparotomie pour hémopéritoine ; on retrouve le même aspect du mésentère ; le pancréas est normal ; décès des suites d'une insuffisance rénale fonctionnelle .

- SOERGEL , HENSLEY (XIV) 1966

Cas N° 41 : malade finalement décédée dans un tableau de stéatorrhée .

-1953 ; il a 14 ans ; suite de douze épisodes douloureux abdominaux avec crampes , fièvre , perte de poids et hyperleucocytose ; traitement par la streptomycine , l'isoniazide et les moutardes azotées ; puis , apparait une masse abdominale ferme .

-1955 ; il a 16 ans ; 1ère intervention ; large masse dans le mésentère , au niveau de sa racine ; histologie : nécrose graisseuse et cellules spumeuses ; inflammation .

-1967 ; il a 18 ans; 2ème intervention : tumeur de 10cm de diamètre dans la racine du mésentère ; apparition d'un épaississement des murs duodénal et jéjunal .

biopsie:inflammation focale avec suppuration; on ne retrouve pas de germes malgré toutes les recherches.Graisse nécrotique avec histiocytes et cellules spumeuses;il y a aussi de la fibrose.

-Février 1958: 3ème intervention: occlusion intestinale par adhérences post opératoires.

-Septembre 1958; il a 19 ans; 4ème intervention; masse abdominale médiane,dure,irrégulière,dans le mésentère.Epaississement de la paroi du grêle avec dilatation lymphatique.

-Mars 1965; il a 25 ans;

-Crampes douloureuses abdominales , généralisées, avec fièvre et diarrhées intermittentes.

-Examen: abdomen sensible et distendu ; bruits hydroaériques. La lymphographie semble normale.

-Radiographies: paroi épaissie avec floculation et segmentation du produit de contraste.

-Biopsie aspiration duodénale: dilatation lympha-
-tique dans la lamina propria.

-Juin 1965; 5ème intervention. Le mésentère est presque normal mais très ferme et cartonné.Epaississement de toute la paroi du grêle. Nombreuses adhérences intestinales. Dilatations veineuses diffuses.

-Biopsie hépatique: petits amas d'amylose.

Décès dans un tableau de stéatorrhée et créatorrhée.

Autopsie: le mésentère contient des aires rigides

le long de la veine mésentérique supérieure sur 5 cm. Cette sclérose entraine une dilatation des petites veines et des canaux lymphatiques. Quelques foyers de macrophages spumeux.La lumière de la veine mésentérique supérieure était obstruée par des plaques de fibrose adventicielle et des plaques de collagène et de fibres élastiques. La veine mésentérique inférieure contenait un thrombus organisé.

Epaississement des parois de l'estomac,de l'intestin grêle et du colon ascendant. Epaississement oedémateux avec veines dilatées et stase lymphatique.

Amylose hépatique,splénique,surrénalienneet rénale;nécrose lobulaire bilatérale des poumons. Hydrothorax droit et ascite.Abcés rétropéritonéal gauche:E.coli,streptocoque A,acidobactérium aérogénès.

-LEGER ,ROBERTI,DELOCHE DE NOYELLE et LEMAIGRE (XV) 1967

Cas N° 42:homme de 59 ans;

1963:intervention pour ulcère de la petite courbure de l'estomac,résistant au traitement médical;anasto-mose précolique;suites opératoires simples.

début 1965:volumineuse tuméfaction ombilicale oedémateuse apparue en quelques mois,avec tableau de sub-oc-clusion;intervention:aprés excision de la tumeur ombilicale,découverte d'une infiltration du péritoine pariétal antérieur autour de l'ouraque.

Histologie : collagène dense , mais ne ressemble pas à un talcome.

Quelques troubles du transit en post-opératoire.

Avril 1965 : réintervention ; infiltration diffuse péritonéale d'allure pseudo néoplasique comme la première fois ; mais le mésentère est épaissi jusqu'à 1 cm du grêle; cet épaississement semble évoluer de la profondeur vers la superficie ; le grêle présente en surface quelques plages blanchâtres légèrement dépolies .

Décès dans un tableau de cachexie .

- DARMAILLACQ et LEGER (XVII) 1967

Cas N°43 : (observation) homme de 65 ans , diarrhéique , manipulant des produits décapants très toxiques. On découvre un épaississement graisseux jaune brillant de la racine du mésentère.Histologie : il y a plusieurs régions de stéatonécrose , quelques îlots inflammatoires et quelques bandes de fibrosclérose modérée .

Suites opératoires simples .

Cas N°44 :(cas rapporté) homme de 69 ans , dénutri ; on découvre une infiltration diffuse du mésentère par des ganglions formant un important chapelet étagé le long de l'aorte. Histologie : amas de cellules adipeuses avec des nodules lymphoïdes en hyperréticulose ; présence de lipophages et abondance de cellules géantes macrophagiques autour de zones arrondies optiquement vides ; cet aspect fait penser à une cytostéatonécrose d'évolution lente.

- PARAF , MENAGER et TEXIER (XIX) 1968

CasN°45 : homme de 45 ans , souffrant de douleurs profondes de

l'hypochondre gauche,à la suite d'un traumatisme abdominal lors d'une chute de vélomoteur;ces douleurs irradient dans la région lombaire gauche avec fièvre et subocclusion; L'intervention découvre derrière le mésentère une masse ressemblant à un sarcome rétropéritonéal;histologie: fibrose et tissu conjonctif;inflammation presque suppurée, pseudo-tumorale,mais bénigne.

Suites opératoires:atteinte de l'état général,avec hyper--leucocytose(30700 GB),épanchement pleural droit séro-fibrineux.Décés brutal dans un tableau de collapsus.

Autopsie:-pancréas:semble normal macroscopiquement;mais lésions de nécrose des acini avec bouchons muqueux dans les canaux - pancréatite subaiguë -

-Mésentère: larges infiltrations oedémateuses et fibrose ; formations abcédées de cytostéatonécrose.

-Même aspect histologique de l'aire rétropéritonéale que lors de l'intervention.

-Grêle : lésions inflammatoires subaiguës fibro-oedémateuses de la séreuse et du méso avec nécrose et stéatonécrose.

- MAILLET (XX) 1968

Cas N° 46 : femme de 53 ans, présentant des hématuries, des douleurs rénales gauches, de l'hypochondre gauche avec des lenteurs digestives.A l'examen , masse abdominale de la taille d'un poing assez douloureuse à la pression.

Radiographies : vide radiologique au niveau des premières anses qui sont refoulées ; l'artériographie n'apporte pas de renseignements supplémentaires .

Intervention : tumeur de 12x8 cm. siégeant dans le mésentère , ayant l'aspect d'un lipome . Elle n'atteint pas le bord intestinal , mais possède un prolongement dans la racine du mésocôlon transverse . Tentative d'exérèse de cette tumeur limitée .

Histologie : cytostéatonécrose avec inflammation peu marquée .

- PARNEIX LAPORTE LEGER (XXI) 1970

Cas N° 47 : femme de 26 ans , présentant une diarrhée avec douleurs dans l'hypochondre gauche. Elle est vernisseuse et inhale des vapeurs toxiques .

Les examens notent un fébricule , une hépatomégalie et une augmentation de la bilirubine totale (18 mg , dont libre : 11 mg. , conjuguée : 7 mg.)

Les radiographies confirment l'hépatomégalie .

L'ictère augmente ainsi que les douleurs .

L'intervention découvre une panniculite mésentérique typique , mais particulière par l'envahissement du pédicule hépatique responsable de cet ictère .

L'histologie confirme la panniculite mésentérique .

Peut-on à l'aide des observations précitées trouver certaines tendances particulières des panniculites mésentériques ?

- Le sexe a-t-il une influence ?

Statisquement , les différences ne sont pas significatives .

(19 femmes , 24 hommes dans les observations précitées)

- L'âge moyen est de 52 ans, avec prépondérence des sujets de 40 à 70 ans .

- L'étude des antécédents apporte des renseignements difficilement généralisables , car très variés .

- Nous pouvons cependant constater que le diagnostic pré opératoire est très difficile , car seul l'aspect histologique est commun à la plupart des observations . Le diagnostic clinique se résume , dans beaucoup de cas , à celui d'une masse abdominale dont la nature reste indéterminée par manque de renseignements issus des examens radiologiques et de laboratoire.

Finalement,c'est à ventre ouvert que l'on peut reconnaitre la panniculite mésentérique,que confirme l'histologie bénigne.

IV DICUSSION

Nous proposons,afin de définir le mieux possible l'affection,de montrer la necessité de séparer les panniculites mésentériques et les mésentérites rétractiles,à l'aide des observations précitées.

I.La panniculite mésentérique:

A-Clinique:l'affection est caractérisée par des épisodes récurrents de douleurs abdominales,d'intensité variable,modérée à sévère,non rythmées par les repas,sans irradiations nettes,peu évocatrices Elles peuvent être généralisées à tout l'abdomen,ou localisées.Des douleurs lombaires peuvent être associées.

Par intermittence,peuvent survenir des nausées,vomissements,ou un malaise au cours des épisodes douloureux.

La fièvre est habituelle,mais le plus souvent peu élevée.

Une perte de poids est parfois notée,et dans quelques cas, elle peut être importante(Observations N° 6 ,19 ,28 ,41, 45)

A l'examen clinique,une sensibilité abdominale localisée et une fièvre.

Les masses abdominales palpables sont souvent sensibles;parfois la tumeur est isolée,asymptomatique.

Les examens de laboratoire sont le plus souvent normaux, seuls les globules blancs circulants ont tendance à être augmentés; (Observations N° 7 ,21 ,25 ,37 ,45)

Les examens radiologiques sont utiles seulement s'il y a déplacement et compression extrinsèque par la volumineuse tumeur.

Non vasculaire , de topographie finalement assez variable , la nature de la tumeur est difficile à diagnostiquer , du fait de la non spécificité de tout ce qui la caractérise en préopératoire . Parfois même ,, c'est une découverte d'autopsie systématique ; (observations N° 4 , 12 , 14 ,. 22 , 32 , 39)

B - ANATOMOPATHOLOGIE :

-macroscopie : le mésentère , nettement épaissi , de 8 à 10 cm au maximum , a perdu sa lobulation graisseuse habituelle; cet épaississement intéresse surtout la racine du mésentère ; l'évolution semblant se faire de la racine vers le bord intestinal , en restant à au moins 1 cm du grêle , toujours respecté . La coloration va du jaune plus ou moins franc au rouge sombre , en passant par des teintes intermédiaires , selon l'inten--sité de la nécrose graisseuse et des micro hémorragies. La stase veineuse semble moins fréquente que la stase lymphatique qui n'est cependant pas la règle . Beaucoup d'auteurs notent l'existence de zones décolorées où le péritoine est fortement adhérent . Si l'atteinte mésentérique par ce tissu graisseux est essentielle , les "coulées" ou prolongements peuvent intéresser différentes régions surtout rétropéritonéales amenant certains auteurs à rapprocher cette affection des fibroses rétropéritonéales . Nous verrons que ce n'est pas la règle .

-microscopie:il y a une infiltration variable,le plus souvent modérée,de la graisse par les macrophages,avec un abondant cytoplasme spumeux;ces macrophages sont parfois distribués dans des bandes fines et d'autres plus larges,interconnectées.Par endroits,il y a des amas de lymphocytes,le plus souvent adjacents à de petits vaisseaux,sans formations folliculaires,ni cellules géantes ,le plus souvent.
Inflammation vasculaire et fibrose sont modérées ou absentes.

II-Les mésentérites rétractiles se caractérisent essentiellement par:
(MAUCLAIRE XXIII "La mésentérite rétractile et sclérosante;"
JURA VI "Sulla mesenterite retrattile e scerosante")

-la précocité et la fréquence des phénomènes occlusifs,cli-
-niquement patents,

-la fréquence et la gravité de la fibrose rétractile nettement visible dés l'intervention,trés importante à la coupe histolo-
-gique,avec disparition progressive des amas graisseux et prédominance des fibroblastes.

-le pronostic est nettement plus réservé,les épisodes sub-occlusifs et occlusions franches étant de plus en plus fréquentes,et la chirurgie de plus en plus difficile et mutilante.

Nous allons maintenant aborder deux problèmes difficiles : le Chapitre nosologique et la Pathogénie .

V - Le problème nosologique .

C'est OGDEN (III) qui , pour la première fois , en 1960 , proposa le terme de panniculite mésentérique pour caractériser:
un mésentère augmenté de volume et épaissi , parsemé de formations nodulaires de taille variable , durès à la palpation , respectant le grêle , en restant à distance de celui-ci . Les dimensions peuvent être considérables .

- Histologiquement , c'est un tissu lipidique , présentant une infiltration modérée de la graisse par des macrophages avec un abondant cytoplasme spumeux . Les macrophages peuvent être distribués dans des bandes interconnectées . Il y a par endroits , des amas de lymphocytes , le plus souvent adjacents à de petits vaisseaux , sans formation folliculaire en général , ni cellules géantes de nécrose ou exsudat inflammatoire , ni inflammation vasculaire .

Progressivement , la plupart des auteurs se sont ralliés à cette définition ; récemment , MAILLET (XX) a fait remarquer que , pour décrire un processus non fibreux et peu inflammatoire , voire pas du tout , il valait mieux parler de "Lipodystrophie" ; d'ailleurs , la microscopie électronique n'a ajouté que peu de données , suggérant simplement l'existence d'un processus dégénératif non spécifique (de nombreuses cellules graisseuses apparaissent rompues , expliquant les plages graisseuses interstitielles)

Pour MAILLET (XX) , il vaut mieux réserver le terme de "panniculite"

aux mésentères infiltrés de façon diffuse avec des caractéristiques inflammatoires plus marquées .

Nous voyons que l'accord est loin d'être réalisé .

A notre avis , il serait plus souhaitable , comme le font CAUBRIA et CERF (XII) , d'opposer les lipodystrophies peu inflammatoires ou inflammatoires , mais sans fibrose génératrice de rétractions , que l'on peut alors à juste titre nommer panniculites , aux formes de lipodystrophies avec fibrose et rétractions , ou mésentérites rétrac--tiles ; le maximum étant réalisé par la fibrose mésentérique .

Cette opposition se justifie surtout à cause de l'évolution et du pronostic , mais aussi par l'aspect histologique et le retentissement direct sur le grêle :

- peu ou pas d'hyperhémie dans la panniculite mésentérique
- anses congestives , adhérentes , parfois recouvertes d'un enduit fibrineux blanc nacré dans les mésentérites rétractiles .

En somme , il semble permis d'invidualiser

- les panniculites mésentériques , avec leur variété peu ou pas inflammatoire , ou lipodystrophie mésentérique , de pronostic bénin le plus souvent
- les mésentérites rétractiles , avec leur variété fibreuse pure , ou fibrose mésentérique , dont le pronostic semble nettement plus sévère .

VI - Le problème étiopathogénique .

A - La nécrose adipeuse .

Il est indispensable , pour juger de ce vaste problème trèe débattu , de comprendre les réactions bien particulières du tissu graisseux mésentérique aux agressions .

L'ensemble de ces réactions est la nécrose adipeuse . Elle se déroule en plusieurs stades :

- le premier stade évolutif est caractérisé par la dégénérescence des adipocytes ; on trouve alors des parois cellulaires qui dis--paraissent progressivement et des cytoplasmes spumeux . Les lipides sont déchargés dans le tissu interstitiel et une réaction du type "réaction à corps étranger "est réalisée . Alors apparaissent les foyers lymphocytaires , les macrophages qui se chargent de lipides et quelques plasmocytes .
- dans le deuxième stade , la réaction inflammatoire peut devenir très importante , voire former de véritables nodules lymphoïdes , avec des polynucléaires nombreux , des cellules géantes , des macro--phages et quelques éosinophiles .

La réaction collagène a alors lieu . C'est à ce stade qu'apparaissent les zones de cytostéatonécrose dues à l'action lipolytique des macrophages .

- Enfin , un troisième stade , ultérieur , qui peut aboutir à la fibrose qui peut devenir progressivement rétractile .

Soulignons donc le fait que la lipolyse est secondaire à la primo inflammation , et non primitive comme par exemple dans les cyto--stéatonécroses des pancréatites .

B - L'étiologie .

Actuellement , ni l'étiologie des panniculites mésentériques , ni celle de la mésentérite rétractile ne sont connues .

L'étude des antécédents des parents retrouve dans environ la moitié des cas , soit un traumatisme abdominal , soit une intervention chirurgicale abdominale , ou encore un problème infectieux digestif ou pelvien .

Dans l'autre moitié des cas , aucun antécédent n'est décelé .

Il est certain , comme le rappellent CAUBRIA et CERF (XXII) , qu'il est possible de provoquer chez le rat une mésentérite rétractile par traumatisme chirurgical du méso , ou injection de toxines bac--tériennes ou de bactéries elles mêmes dans l'épaisseur du mésentère .

Il faut noter aussi la fréquence des diarrhées dans les panniculites mésentériques , parfois , mais pas toujours infectieuses .

Mais , comme l'ont montré PARAF , MENAGER , et TEXIER (XIX) , l'association à une pancréatite subaiguë nécrotique ne peut pas être tout à fait fortuite . Dans leur observation,la preuve d'une pancréatite subaiguë nécrotique est faite à l'autopsie.Elle s'accom--pagne d'une tendance à la fibrose rétractile trés nette dans la pa--nniculite mésentérique.A l'examen post-mortem,le pancréas semblait macroscopiquement normal,et seule,l'histologie révèle d'importantes lésions de nécrose plus ou moins accentuées des acini;les canaux souvent distendus paraissent encombrés de bouchons muqueux.

La charpente conjonctive est fortement densifiée par une fibrose périlobulaire et interlobulaire remaniant en partie la nécrose.

Et les auteurs concluent ainsi:"ces images montrent indiscutablement une pancréatitesubaiguë évoluant vraisemblablement sur des altérations

inflammatoires chroniques de la glande"

Ce fait est effectivement troublant,car si l'aspect macroscopique du pancréas est normal,rares sont les études histologiques du pancréas.

De plus nous avons vu que certains auteurs avaient rapproché les panniculites mésentériques de la maladie de Weber-Christian(panniculite nodulaire souscutanée non suppurative,avec à l'histologie une altération du tissu adipeux dans son ensemble),et PARAF (XIX) insiste sur les lésions pancrétiquesd'un grand nombre de panniculites nodulaires de Weber-Christian.Mais sur plusieurs cas de maladies de Weber-Christian, observés dans notre service,aucune panniculite méaentérique n'a été observée lors de l'intervention.

L'étude des fonctions pancréatiques n'étant pas faite systématiquement, il semble necessaire de proposer le dosage de l'amylase sanguine et urinaire,et d'explorer de façon minutieuse le pancréas en peropératoire dans l'avenir.

Insistons cependant sur le fait que dans ce cas,la réaction inflammatoire est secondaire à l'agression enzymatique contrairement à ce qui se passe,semble-t-il le plus souvent,dans lespancréatites mésentériques pures.Les liens entre pancréatite et panniculite ne sont donc pas évidents,mais doivent être recherchés systématiquement.

Rappelons cependant que LEGER (XV)présente la panniculite mésentérique comme une variété de fibrosclérose péritonéale(observation N°42;discussion

Mais il est remarquable que dans les cas cités par les autres auteurs, où uretères et autres organes rétropéritonéaux,traversent la masse, ils sont facilement séparables ou du moins,ne présentent pas de signes

de compressions:urographies intraveineuses toujours normales ou simple refoulement urétéral;aspect macroscopique à l'intervention (observations 31,36,37)des éléments qui la traversent.
De plus les lésions histologiques de fibrose et le processus évolutif des mésentérites rétractiles sont beaucoup plus proches des fibroses rétropéritonéales que les panniculites mésentériques.
Mais cela sort de notre étude.

VII - LE TRAITEMENT .

En l'absence de données étiologiques précises et définies , le traitement est évidemment mal codifié ;
cependant , d'après l'analyse des traitements proposés , on peut envisager deux étapes :

1 - Chirurgicale

Seule , l'analyse de la tumeur permet de poser le diagnostic , nous l'avons vu .
La laparotomie reste le plus souvent exploratrice ou libératrice des compressions éventuelles .
Elle n'est que rarement curatrice (2 cas seulement dans les observations : ROGERS , DEMETRAKOPOULOS et HYAMMS - IV ; CRANE , AGUILAR et GRIMES - I) et , dans ces cas , la masse n'ayant pas de plan de clivage , elle nécessite une résection du grêle risquant d'être mutilante .
Le plus souvent , des biopsies de la masse sont effectuées , pour éliminer une étiologie maligne (liposarcome) .
Il semble préférable , dans le cadre des aspects peu ou pas inflam-matoires , étant donné la bénignité du processus , de se tenir à un traitement symptomatique médical . Mais , il ne serait en aucun cas légitime de négliger les associations éventuelles avec un sarcome , un adénocarcinome gastrique , ou plus simplement un talcome.

2 - Médicale

Certains auteurs , en particulier OGDEN (III & XI) , proposent

- soit la corticothérapie
- soit la radiothérapie anti inflammatoire , pas toujours anodine; survenue d'un lymphosarcome après irradiation (OGDEN XI)

-des règles diététiques sont à respecter : restriction de l'alimen--tation lipidique à longues chaînes pour réduire le flux lymphatique , donc l'exsudation .

Conclusion : nombre réduit d'observations : 48 au total , ne permettant pas d'établir une conduite thérapeutique , mais les exérèses et les interventions libératrices sont limitées et dangereuses .

CONCLUSIONS

Les processus inflammatoires chroniques atteignant d'une façon diffuse le tissu adipeux mésentérique sont très mal connus.

Il nous semble nécessaire , dans le cadre des lipodystrophies mésentériques , de bien distinguer les panniculites mésentériques bénignes , peu inflammatoires , rarement sclérosantes , et les mésentérites rétractiles , de pronostic plus sévère , entrainant des complications occlusives.

Il est toujours nécessaire de pratiquer une laparotomie exploratrice , puisque le diagnostic est constamment incertain , la clinique est trop banale , les examens complémentaires les plus modernes , telle l'artériographie , laissent le chirurgien dans l'incertitude ; et , c'est à ventre ouvert , que l'on découvre l'infiltration pseudo-tumorale des feuillets mésentériques.

La biopsie affirme l'altération du tissu mésentérique graisseux , éliminant les liposarcomes .

Le traitement est rarement chirurgical , puisque nécessitant une résection étendue du grêle .

Le traitement médical se propose de réduire l'inflammation en associant ou en utilisant séparément corticothérapie et radiothérapie anti-inflammatoire.

La panniculite mésentérique se présente donc comme une entité clinique et histologique bien individualisée , mais le problème de son étiologie reste entier :

- processus inflammatoire dû à un traumatisme abdominal ou chirurgical , une agression infectieuse d'origine digestive ;

- ou maladie dégénérative du tissu adipeux , semblant idiopathique .

BIBLIOGRAPHIE

I- J.T. CRANE ; M.J.AGUILAR ,Q.F.GRIMES.

American journal of surgery,vol.90,Août 1955 , p;169 179.

"Isolated lipodystrophy , a form of mesenteric tumor"

II- E. DELANNOY et G. SOOTS

Annales de chirurgie,Juillet 1958 ,vol.12,p.779 780.

"Une tumeur rare du mésentère,le lipome diffus ou lipodystrophie mésentérique"

III- W.W. OGDEN, D.M. BRADBURN ,J.D. RIVES.

Annals of surgery,vol. 151,Mai 1960,p.659 668

"panniculitis of the mesentery"

IV- C.E.ROGERS,N.J.DEMETRAKOPOULOS , V.HYAMNS

Annales of surgery,Fevrier1961,vol153 N°2 ,p277-282

"Isolated lipodystrophy affecting the mesentery,the retroperitoneal area,and the small intestine."

V- C.G.TEDESCHI ,. G.C.BOTTA

The new England journal of medicine 17 Mai 1962

vol 266 N°20 p. 1035-1040.

"RETRACTILE mesenteritis."

VI- V.JURA

Il policlinico.(prat). Rome. 5 Mai 1924 , t:31 ,.

p.575-581.

"Sulla mesenterite retrattile e sclerosante."

VII- L.A.GROSSMANN , H.J.KAPLAN , H.J. PREUSS ,. J.L.HERRINGTON

J.A.M.A. 2 Fevrier 1963 , p.318-323.

"Mesenteric panniculites"

VIII- L.E.WEEKS , M.A.BLOCK , J.C.HATAWAY , J.A.RINALDO.

Archives of surgery , vol.86 , Avril 1963 , p.119-124.

"Lipogranulome of mesentery produsing abdominal mass."

IX- F.P.WEBER.

Brit. journal of dermatology.37.1925.p.301-311.

"Relapsing non suppurative nodular panniculitis showing phagocytosis of subcutaneous fat cells by macrophages."

X- H.A.CHRISTIAN.

Archives internes medecine. 42. 1928.p.338-351.

"Relapsing febrile nodular non suppurative panniculitis;"

XI- OGDEN , BRADBURN , RIVES.

Annals of surgery , Juin 1965, p.864-873.

"Mesenteric panniculitis. Review of 27 cases."

XII- J.C.HANDELSMAN , W.M.SHELLEY.

Archives of surgery , vol 91, Nov. 1965. p.842-850.

"Mesenteric panniculitis. "

XIII- F.CABANNE , R.PUTELAT, A.PIARD , G.RIFLE.

Lyon médical.Tome 109.1966. p.1321-1341.

"Panniculite mésentérique nécrosante. A propos de deux observations."

XIV- K.H.SOERGEL , G.T.HENSLEY.

Gastroenterology , vol.54 , 1966, p.529-536.

"Fatal mesenteric panniculitis."

XV- L.LEGE , A.ROBERTI , A.DELOCHE DE NOXELLE , G.LERAIGRE.

La presse médicale N°2 , 14 Juin 1967 , p.75-79.

"Panniculite mésentérique,variété de fibrosclérose rétropéritonéale."

XVI- F.JUPPE.

Thèse de Bordeaux , le 4 Janvier 1967.

"Lipodystrophie mésentérique avec adénoliposclérose rétpopéritonéale."

XVII- R.DARMAILLACQ , H.LEGER.

Académie dechirurgie , Novembre 1967 , p.800-802.

"Panniculite mésentérique observée au stade initial; rôle de la cytostéatonécrose dans l'extension des lésions."

XVIII- W.BLANC.

Masson. Paris 1951 , vol. 1

"Syndromes nouveaux de pathologie adipeuse. "

XIX- A.PARAF , C.MENAGER , J.TEXIER.

Presse médicale , 7 Decembre 1968 , N°48 , p.76.

"Panniculite mésentérique,lipodystrophie rétropéritonéale et affections du pancréas.A propos d'un cas."

XX- M.P.MAILLET

Archives françaises des maladies de l'appareil digestif. 1968 , t.57 , N°8-9 , p.725-731.

"Lipodystrophie du mésentère.A propos d'une observation."

XXI- M.PARNEIX , F.LAPORTE , H.LEGER.

Académie de chirurgie , 1970 , t.96 , p.774-781.

"Panniculite mésentérique - forme péritonéale aiguë fébrile."

XXII- F.CAUBRIA , M.CERF.

Revue du praticien , 1973 , t.23 ,1 Juin 1973 ,p.2827-2836.

"Panniculites mésentériques et mésentérites rétractiles."

XXIII- M.PL. MAUCLAIRE

Billetin société chirurgie de Paris . 21 Avril 1920 .

Vu:

Le Président

G.VOURC'H

Vu:

Pour le Président de l'université

P. et M. CURIE (Paris VI) et par autorisation

Le Vice-Président

P.BERTHAUX

Vu:

Le Directeur de l'UER

P . CASTAIGNE